
.Net
La Faculté
Seek Knowledge





Service de Pneumo- Allergologie et d'Oncologie Thoracique ;
Laboratoire du Sommeil
Centre- Hospitalo- Universitaire Issad Hassani , Beni- Messous

Pr. H. DOUAGUI
Médecin- Chef
Tél. (213)021 93 14 94.
Fax:(213)021 93 13 34.
E. mail:hb_ douagui@yahoo.fr

Travaux Dirigés de la Quatrième Semaine : cas clinique N° 1

Dr .D. Arab, Dr. O. Saidji, Dr. G. Malki

Patient âgé de 64 ans, originaire de Médéa et demeurant à Alger, père de 8 enfants, ex chauffeur de profession, aux antécédents personnels de diabète type II diagnostiqué il y a 2 mois sous régime hypo glucidique et sulfamide hypoglycémiant (DAONIL CP 5 mg 2xj) qui consulte pour douleur basi-thoracique droite.

L'examen physique

Patient conscient, coopératif, état général moyen, présence d'une pâleur cutanéo-muqueuse.

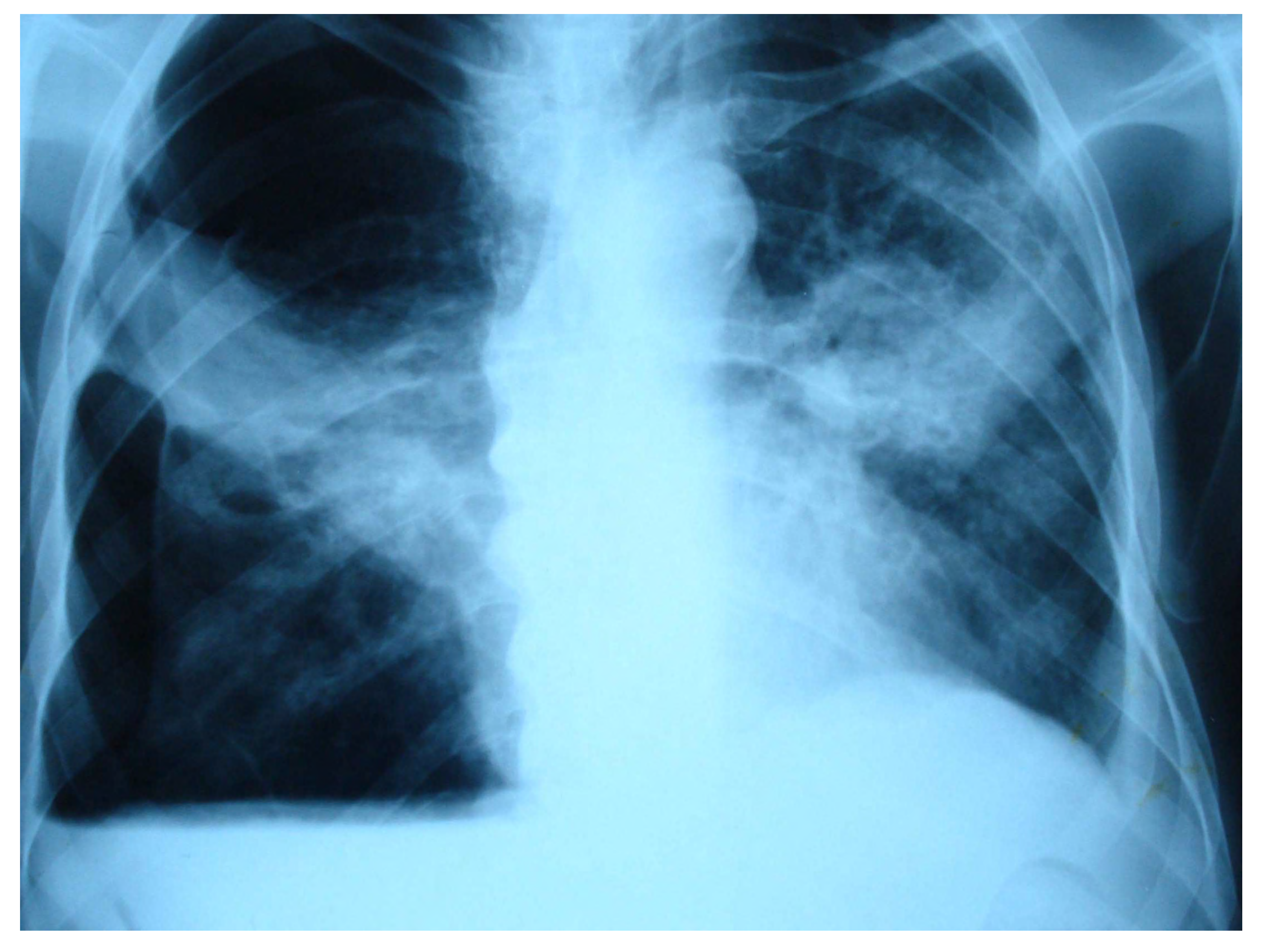
FR = 32 cyc/min, FC =100 bat/min, TA= 120/70mmhg,T°= 37,5c°, poids: 43kg, taille : 168cm.

L'examen pleuro-pulmonaire:

- diminution du murmure vésiculaire à droite.
- râles crépitants au niveau de l'hémithorax gauche.

Le reste de l'examen somatique est normal.

Une radiographie thoracique a été réalisée



Questions:

1- Quels examens allez vous demander en priorité ?

2- Interprétez la radiographie thoracique.

3- Quel est votre diagnostic ? Comment l'étayer ?

4- Quelle est votre attitude thérapeutique?

5- Après avoir instituer le traitement, le patient s'améliore, FR=24 cyc/min,

FC=84 bat/min, TA=120/60mmhg.

Une radiographie thoracique de contrôle faite.

a- Interprétez la radiographie thoracique.

b- Quelle est votre conduite à tenir et votre diagnostic définitif?

Réponse :

1- Téléthorax de face,
Glycémie (2,31 g/l)

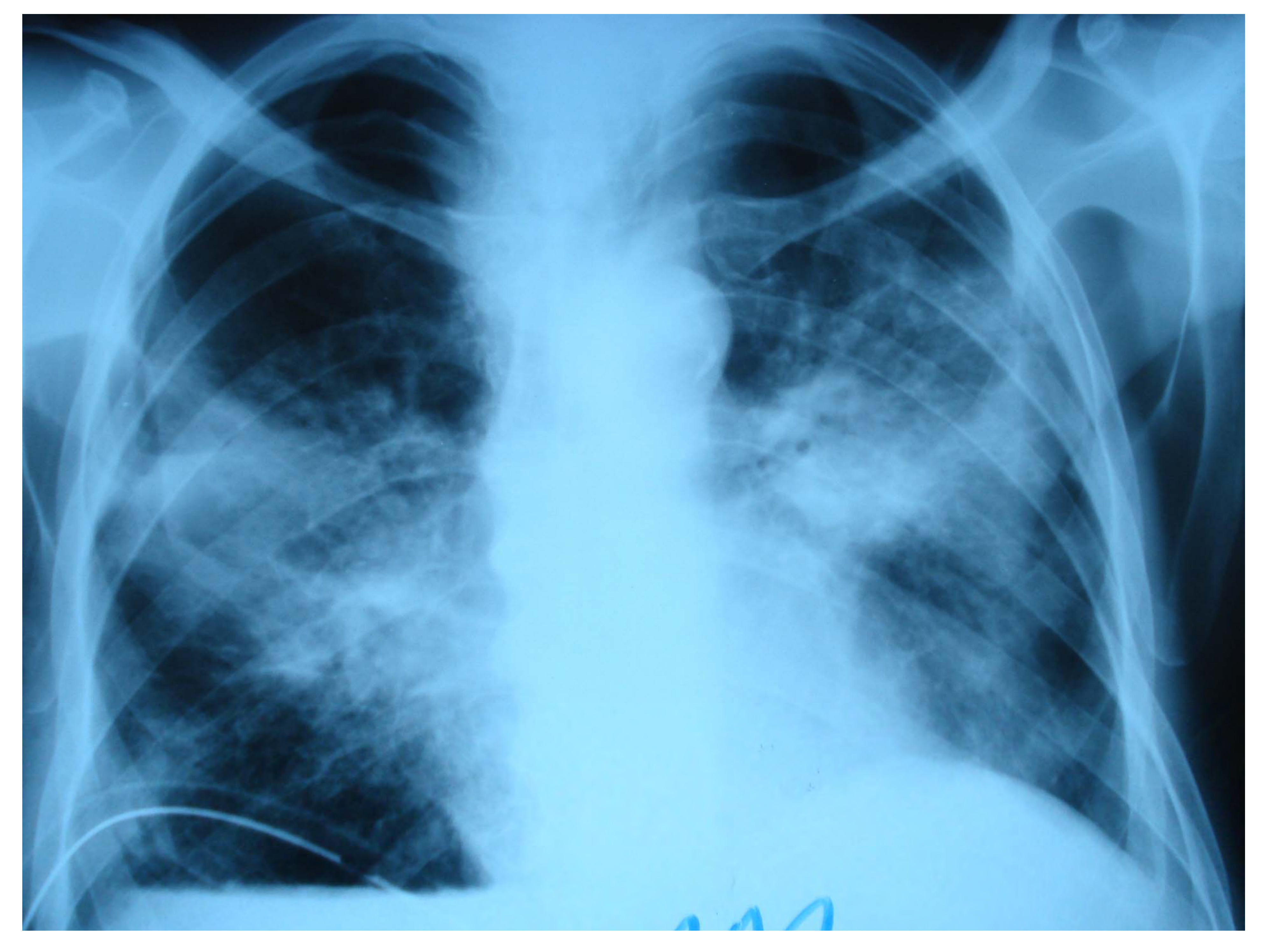
2- hydro pneumothorax droit bridé

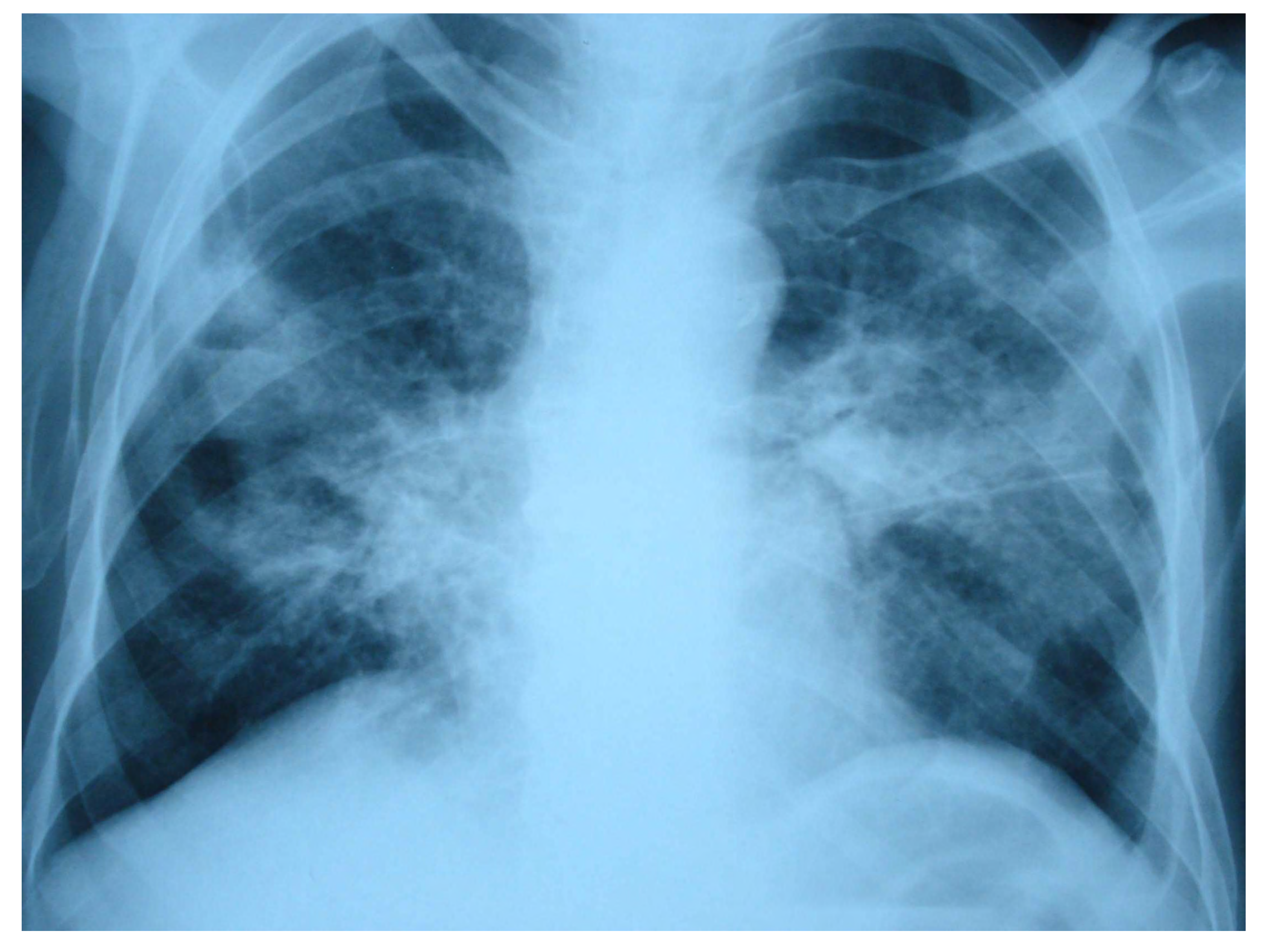
3- Pyopneumothorax tuberculeux

- Bascilloscopies des crachats :
12 BARR/ champs
- IDR = 8 mm

4- **Attitude thérapeutique:**

- Pleurotomie à minima.
- Au niveau de 5 EIC droit sur la ligne axillaire antérieure après anesthésié locale à la Xylocaine 2% et incision cutanée.
- le drain doit être dirigé vers le bas (pour l'aspiration du liquide)
- un contrôle radiologique (pour vérifier la position du drain)
- aspiration doit être douce 20 à 30 cm H2O, et continue.
- surveillance clinique et du bullage; à l'arrêt du bullage on fait une radio si poumon est à la paroi on le clampe pendant 48H ; puis ablation du drain.





b- <u>examens complémentaires :</u>

- Bascilloscopies des crachats :
  12 BARR/ champs
- Bilan standard :

FNS : GB: 8900 /mm3
GR:3,89 M /mm3
HB: 10,1 g/dl
Hte : 31,4%
Plq : 314000/mm3

Urée : 0,31 g/l

Créat: 6mg/l

5-

<u>compléter l'interrogatoire :</u>

rechercher la notion de contage tuberculeux : absente

diabète : état d'équilibre : - chimie des urines : glucose : ++, cc (-), prot (-),sg (-)

- glycémie : 2,31 g/l

<u>HDM:</u>

-début : 2 mois. Progressif

-symptomatologie respiratoire : toux + expectorations purulentes depuis 1 mois.

-signes généraux : asthénie, amaigrissement de 10 kg en 2 mois, anorexie, fébricule et sueurs nocturnes.

Diagnostic définitif : hydro pneumothorax droit tuberculeux infectant.

Traitement :

traitement antituberculeux : catégorie I

schéma : 2RHZE/ 4RH : 3cp de RHZE pour un poids de 43kg

traitement du diabète : insulinothérapie : 0,5 UI/kg/j IO en sous cutané à répartir toute les 6h.

Surveillance:

a- surveillance du traitement antituberculeux :

1- Observance :

les 2 premiers mois de traitement : supervision directe

les 4 derniers mois de traitement : supervision indirecte

2- Tolérance : c'est la recherche d'effets secondaires aux traitements antituberculeux (effets mineurs et majeurs)

3-Efficacité :

- clinique : prise pondérale et amélioration des signes cliniques.
- bactériologique : 2/ 5 / 6 mois
- radiologique: au 6éme mois

- A la sortie, le patient sera adressé à UCTMR le plus proche de son domicile pour un suivi.
- Dépistage familial des sujets contacts

b-surveillance du diabète : dextro, labstix 2fois/j

glycémie 1j/2